

Ayudando a Pacientes Que Beben en Exceso

GUÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

Edición 2005

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS ESTADOS UNIDOS
Institutos Nacionales de Salud
Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo

Tabla de Contenido

Introducción	1
Cambios en la <i>Guía para Especialistas 2005</i>	2
Antes de Empezar	3
Cómo Indagar y Realizar una Intervención Breve	
Paso 1: Pregunte sobre el Uso de Alcohol	4
Paso 2: Evalúe la Presencia de Trastornos por el Uso de Alcohol	5
Paso 3: Oriente y Ayude	
Para el Consumo de Riesgo	6
Para los Trastornos por el Uso de Alcohol	7
Paso 4: En el Seguimiento: Continúe brindando Apoyo	
Para el Consumo de Riesgo	6
Para los Trastornos por el Uso de Alcohol	7
Apéndice	
Materiales de Apoyo para la Indagación	
Instrumento de Indagación: El AUDIT (Cuestionario para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol)	10
¿Qué es una Bebida Estándar?	13
Materiales de Apoyo para la Evaluación	
Abuso de Alcohol	14
Dependencia al Alcohol	15
Materiales de Apoyo para la Intervención Breve	
Método de Intervención Breve	16
Patrones de Consumo de Adultos en Estados Unidos	17
Prescripción de Medicamentos para la Dependencia al Alcohol	18
Recursos de Referencia	21
Formularios para la Indagación sobre Alcohol: Base de Referencia y Seguimiento	22
Preguntas Más Frecuentes	24
Materiales de NIAAA (Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo)	29
Notas	30

Si aún no lo ha hecho, le animamos a incorporar en su consulta la indagación sobre el uso del alcohol, breves intervenciones y la referencia al tratamiento.

Introducción

Esta Guía ha sido escrita para médicos generales y profesionales de la salud. Ha sido producida por el Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo (NIAAA por sus siglas en inglés), un componente de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH), con la guía de médicos, enfermeros especializados, asistentes médicos e investigadores clínicos.

¿Cuánto es “en exceso”?

El consumo de alcohol se considera en exceso cuando causa o aumenta el riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol o complica el manejo de otros problemas de salud. Los hombres que ingieren 5 o más bebidas estándares en un día (15 o más por semana) y las mujeres que ingieren 4 o más en un día (8 o más por semana) están en mayor riesgo de padecer problemas relacionados con el alcohol, según investigaciones epidemiológicas.¹

Sin embargo, las respuestas individuales al alcohol varían. El consumo de alcohol a niveles más bajos puede resultar problemático dependiendo de muchos factores, tales como la edad, condiciones coexistentes y el uso de medicamentos. Como no se sabe, si cierta cantidad de alcohol es inofensiva durante el embarazo, el Cirujano General de Estados Unidos recomienda que las mujeres que están embarazadas o piensan llegar a estarlo se deben abstener de consumir bebidas alcohólicas.²

¿Por qué investigar si alguien bebe en exceso?

- **El riesgo del abuso y otros problemas de alcohol son frecuentes.** Aproximadamente 3 de cada 10 adultos estadounidenses beben en niveles que aumentan su riesgo de padecer problemas físicos, mentales y sociales.³ De estos bebedores en exceso, aproximadamente 1 de cada 4 abusa o tiene dependencia al alcohol.³ Todos los bebedores en exceso tienen un mayor riesgo de sufrir hipertensión, sangrado gastrointestinal, trastornos del sueño, depresión mayor, apoplejía, cirrosis hepática y varios tipos de cáncer.⁴
- **El consumo excesivo a menudo pasa desapercibido.** En un estudio reciente en establecimientos de atención primaria de salud, por ejemplo, los pacientes con dependencia al alcohol recibieron la calidad de atención recomendada, incluyendo evaluación y referencia para su tratamiento, pero aproximadamente sólo en un 10 por ciento de las veces.⁵
- **Usted está en una posición privilegiada para crear cambios.** Los estudios clínicos han demostrado que breves intervenciones pueden promover la reducción significativa del uso del alcohol entre los consumidores en riesgo y sin dependencia al alcohol.⁶ Algunos consumidores con dependencia aceptarán la referencia a programas de tratamiento de adicción. Incluso para pacientes que no aceptan una referencia, las visitas continuas al proveedor de atención médica, centradas en la dependencia al alcohol, pueden conducir a una mejora significativa.^{7,8}

Si aún no lo ha hecho, le animamos a incorporar en su consulta la indagación sobre el uso del alcohol, breves intervenciones y la referencia al tratamiento.

Con esta guía, usted tiene lo que necesita para comenzar.

Cambios en la *Guía para Especialistas 2005*

Esta versión proporciona importantes actualizaciones y mejoras a la Guía publicada en el 2003:

- **Mayor audiencia:** Mientras que la Guía anterior estaba dirigida solamente a especialistas de atención primaria, esta edición ha sido escrita tanto para médicos de atención primaria como para especialistas de salud mental. Los pacientes de salud mental tienen más probabilidades que la población en general de padecer trastornos por el uso de sustancias, principalmente trastornos por el uso de alcohol.^{9,10} A menudo, la única atención que reciben estos pacientes es la atención de salud mental, y el consumo en exceso puede interferir con su respuesta al tratamiento. La indagación rutinaria sobre el consumo en exceso también es importante para estos pacientes.
- **Método de Indagación más sencillo:** Actualmente, el método de indagación consiste en una sola pregunta acerca de los días en que bebe en exceso. Además, para aquellos que desean incorporar un instrumento de auto-informe en sus consultas, el cuestionario AUDIT (Cuestionario para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol) ha sido proporcionado en el apéndice. La versión anterior de la Guía, recomendaba usar preguntas acerca de la frecuencia y la cantidad, y preguntas CAGE. Si usted o su establecimiento de salud ha adoptado este método, puede seguir usándolo, o puede decidir cambiar al nuevo método. En esta Guía los cambios se han realizado para simplificar el proceso y al mismo tiempo, aumentar la cantidad de especialistas que lo usan, pero el método anterior es igualmente eficaz, si se implementa en su totalidad.
- **Nueva estrategia de evaluación:** La sección "cómo hacer" incluye ahora un paso para distinguir entre los pacientes que tienen consumo de riesgo, los que abusan del alcohol y los que tienen dependencia al alcohol. El resultado indica las acciones que se deben tomar en las intervenciones breves, los pasos que se deben seguir y le asigna a los especialistas un papel más activo en el manejo del paciente.
- **Guía para cuando los pacientes rechazan una referencia:** Algunos pacientes con trastornos relacionados con el uso del alcohol no aceptarán la referencia a un especialista. Esta Guía provee ayuda para que los médicos de atención primaria y salud mental manejen a estos pacientes por su propia cuenta.
- **Información sobre medicamentos:** El apéndice tiene una nueva sección sobre medicamentos para tratar la dependencia al alcohol. Tres medicamentos aprobados proporcionan un instrumento importante para ayudar a los pacientes en atención primaria y atención de salud mental en general. Además, ahora la guía de bolsillo contiene información sobre la prescripción.
- **Nuevos formularios y respuestas a preguntas más frecuentes (FAQs):** En el apéndice, encontrará formularios con notas de progreso de sus pacientes que podrá fotocopiar, incluyendo la versión de base de referencia y la versión de seguimiento. La nueva sección de preguntas más frecuentes (FAQs) abarca una variedad de temas, incluyendo la creación de un sistema de indagación específico para su oficina, que ayudará a los pacientes que tienen dificultad para abstenerse e implementará la indagación en los entornos de salud mental.

Antes de empezar...

Decida su método de indagación

La Guía provee dos métodos para la indagación: una sola pregunta para usar durante la entrevista clínica (sobre días en que bebe en exceso) y un instrumento de auto-informe escrito (el cuestionario AUDIT - refiérase a la página 11). La entrevista de una sola pregunta puede ser usada en cualquier momento, ya sea junto con el Cuestionario AUDIT o sola. Algunos establecimientos de salud podrán preferir que los pacientes llenen el cuestionario AUDIT antes de que vean al especialista. Toma menos de 5 minutos completar el cuestionario y puede ser fotocopiado o incorporado al historial médico.

Piense en las indicaciones clínicas para la indagación

Las oportunidades claves incluyen:

- Como parte de un **examen de rutina**
- Antes de **prescribir un medicamento** que interactúa con el alcohol (refiérase a la página 25)
- En el **departamento de emergencia** o centros de atención de emergencia
- En pacientes que
 - están **embarazadas** o tratando de concebir
 - tienen **propensión a beber en exceso**, tales como: fumadores, adolescentes y adultos jóvenes
 - tienen problemas de salud que **podrían haber sido inducidos por el alcohol**, tales como:

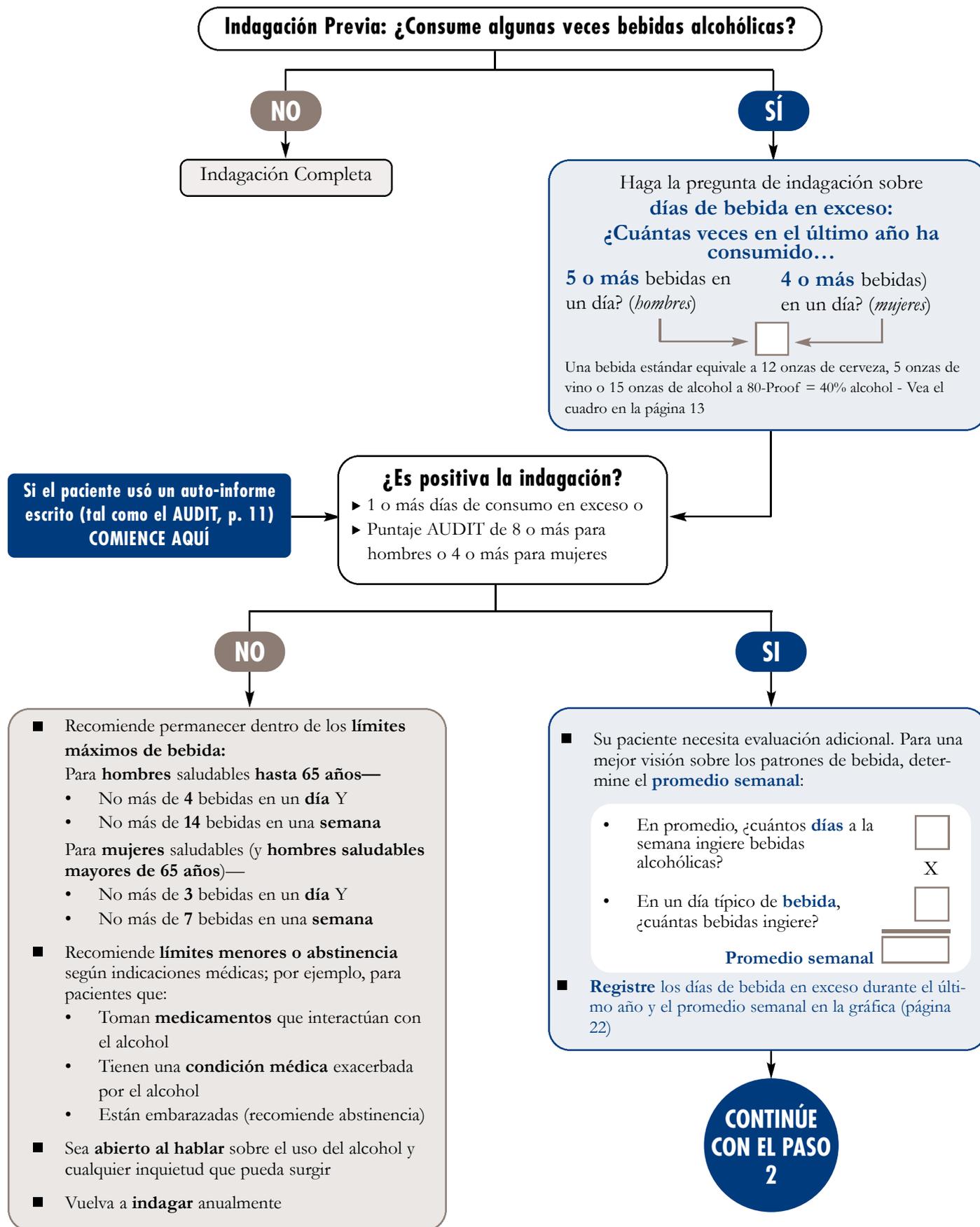
arritmia cardíaca	dispepsia	enfermedad hepática
ansiedad o depresión	insomnio	trauma
 - tienen una **enfermedad crónica que no responde al tratamiento esperado**, tal como:

dolor crónico	trastornos gastrointestinales	depresión clínica
diabetes	enfermedad cardíaca	hipertensión

Establezca su práctica para simplificar el proceso

- Decida quién realizará la indagación (usted, otro personal clínico, el recepcionista que reparte el Cuestionario AUDIT)
- Use las notas de progreso preformateadas (proporcionadas en las páginas 22 y 23)
- Utilice los recordatorios de la computadora (si usa registros médicos electrónicos)
- Mantenga copias de la guía de bolsillo (incluidas) e información de referencia en los cuartos de examen
- Monitoree su desempeño a través de prácticas del cuestionario con sus colegas.

PASO 1 Pregunte sobre el Uso de Alcohol



PASO 2 Evalúe la Presencia de Trastornos por el Uso de Alcohol

En este paso, determine si existe un patrón de *mala adaptación en el uso de alcohol* que cause *ansiedad o problemas clínicamente significativos*. Es importante evaluar la gravedad y extensión de todos los síntomas relacionados con el alcohol para informar sus decisiones acerca del manejo del caso. Vea las páginas 14 y 15 para obtener muestras de redacción de las preguntas, que han sido adaptadas en base al *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*, cuarta edición, revisado (*DSM-IV, revisado*)

Determine si durante los últimos 12 meses el consumo de alcohol de su paciente ha causado o contribuido **repetidamente** a:

- Incumplimiento de rol** (interferencia con las obligaciones de la casa, el trabajo o la escuela)
- Riesgo** de lesión corporal (beber y conducir, operar maquinaria, nadar)
- Altercados** con la ley (arrestos u otros problemas legales)
- Problemas de relaciones** (familia o amistades)

Si responde afirmativamente a **una o más preguntas** → su paciente tiene **abuso de alcohol**

En cualquiera de los casos, proceda a evaluar los síntomas de dependencia.

Determine si en los últimos 12 meses, su paciente:

- Ha mostrado tolerancia** (necesitó beber mucho más para obtener el mismo efecto)
- Ha mostrado señales de síndrome de abstinencia** (temblores, sudoración, náusea o insomnio cuando trata de dejar de beber o consumir menos)
- No ha podido adherirse a los límites de bebidas** (los ha sobrepasado repetidamente)
- No ha podido reducir la bebida o abstenerse** (intentos fallidos repetidos)
- Ha pasado mucho tiempo bebiendo** (o anticipándose o recuperándose de la bebida)
- Ha dedicado menos tiempo a otros asuntos** (actividades que han sido importantes o placenteras)
- Ha seguido bebiendo a pesar de los problemas** (problemas físicos o psicológicos recurrentes)

Si responde afirmativamente a **tres o más** → su paciente tiene **dependencia al alcohol**.

¿Cumple el paciente los criterios para abuso o dependencia?

NO

Su paciente todavía está en riesgo de desarrollar problemas relacionados con el alcohol

CONTINÚE CON
LOS PASOS 3 Y 4
para CONSUMO DE
RIESGO, página 6

SÍ

Su paciente tiene un trastorno por uso de alcohol

CONTINÚE CON
LOS PASOS 3 Y 4
para TRASTORNOS
POR USO DE
ALCOHOL, página 7

PARA EL CONSUMO DE RIESGO (no abuso ni dependencia)

Paso 3 Oriente y Ayude

■ **Indique claramente su conclusión y recomendación:**

- “Está bebiendo más de lo que se considera médicamente seguro.” Refiérase a las inquietudes del paciente y hallazgos médicos, si hubiere. (Considere usar la tabla en la página 17 para mostrar mayor riesgo).
- “Recomiendo firmemente que reduzca (o deje) la bebida” (Vea la página 25 sobre recomendaciones).

■ **Mida la disposición** para cambiar los hábitos en la bebida:

“¿Está dispuesto a realizar cambios en su consumo de alcohol?”

¿Está el paciente listo para comprometerse a cambiar en este momento?

NO

No se desanime - la ambivalencia es frecuente. Su consejo probablemente ha inducido un cambio en el pensamiento de su paciente. Mediante refuerzo continuo, su paciente podrá decidir tomar acción. Por ahora,

- **Vuelva a expresar su inquietud** acerca de su salud.
- **Estimule la reflexión:** Pídale que comparen lo que les gusta de la bebida con sus razones para reducirla. ¿Cuáles son las principales barreras para el cambio?
- **Reafirme su disposición a ayudar** cuando el paciente se sienta listo.

SÍ

■ **Ayude a fijar una meta:** Reducir para llegar a estar dentro de los límites máximos (Paso 1) o abstenerse durante un tiempo

■ **Acuerde un plan,** incluyendo

- Qué pasos específicos tomará el paciente (por ej. No ir al bar después del trabajo, medir todas las bebidas en casa, alternar bebidas alcohólicas y no alcohólicas).
- Cómo se medirá el consumo (diariamente, calendario de cocina).
- Cómo el paciente manejará las situaciones de alto riesgo.
- Quién estaría dispuesto a ayudar, como el cónyuge o amigos no bebedores.

■ **Proporcione materiales educativos** (pagina 29).

PASO 4 En el Seguimiento: Continúe brindando Apoyo

RECORDATORIO: Documente el uso del alcohol y revise las metas en cada visita (formulario proporcionado en la página 23)

¿Pudo el paciente alcanzar y mantener la meta del consumo?

NO

- **Acepte que el cambio es difícil.**
- **Apoye cualquier cambio positivo** y aborde las barreras para alcanzar la meta.
- **Renegocie la meta y el plan;** considere una prueba de abstinencia.
- **Considere comprometer a la pareja o cónyuge.**
- **Reevalúe el diagnóstico** si el paciente no puede reducir ni abstenerse (Vaya al paso 2).

SÍ

■ **Refuerce y apoye la adherencia continua** a las recomendaciones.

■ **Renegocie las metas del consumo** según se indica (por ej., si la condición médica cambia o si un paciente en abstinencia desea volver a beber).

■ **Anime a regresar** si no puede mantener el cumplimiento.

■ **Indague de nuevo** por lo menos una vez al año.

PARA TRASTORNOS POR EL USO DE ALCOHOL (abuso y dependencia)

PASO 3 Oriente y Ayude

■ **Indique claramente su conclusión y recomendación:**

- “Creo que tiene un trastorno por el uso de alcohol y recomiendo firmemente que deje de beber”.
- Refiérase a las inquietudes del paciente y hallazgos médicos si hubiere.

■ **Negocie una meta de consumo:**

- La abstinencia es la medida más segura para la mayoría de los pacientes con trastornos de alcohol.
- Los pacientes que tienen formas más leves de abuso o dependencia y no están dispuestos a abstenerse, podrán ser exitosos reduciendo el consumo. (Vea el Paso 3 sobre Consumo de riesgo).

■ **Considere referirlo a un especialista para una evaluación adicional**, especialmente si el paciente es dependiente.

(Vea la página 21 para sugerencias sobre recursos de tratamiento).

■ **Considere recomendar un grupo de ayuda mutua.**

■ Para pacientes que tienen dependencia, **considere:**

- La necesidad de **abstinencia controlada médicamente** (desintoxicación) y tratamiento respectivo (página 27).
- Prescribir un **medicamento** para dependencia de alcohol para pacientes que apoyan la abstinencia como una meta (página 18).

■ **Coordine citas de seguimiento.**

PASO 4 En el Seguimiento: Continúe brindando Apoyo

RECORDATORIO: Documente el uso del alcohol y revise las metas en cada visita. (Formulario proporcionado en la página 23).

¿Pudo el paciente alcanzar y mantener la meta de consumo?

NO

SÍ

- **Acepte que el cambio es difícil.**
- **Apoye los esfuerzos** para reducir o abstenerse, aclarando que su recomendación es la abstinencia.
- **Relacione la bebida a los problemas** (médicos, psicológicos y sociales) según corresponda.
- Si estas medidas todavía no se han tomado, **considere:**
 - Referirlo a un **especialista de adicción** o consultar con uno.
 - Recomendar un **grupo de ayuda mutua.**
 - Comprometer **a la pareja o cónyuge.**
 - Prescribir un **medicamento** para pacientes con dependencia al alcohol que apoyan la abstinencia como una meta.
- **Aborde los trastornos coexistentes**—médicos y psiquiátricos—según sea necesario.

- **Refuerce y apoye la adherencia continua a las recomendaciones.**
- **Coordine la atención** con un especialista si el paciente ha aceptado ser referido.
- **Mantenga los medicamentos** para dependencia al alcohol por lo menos 3 meses y, de allí en adelante, según sea clínicamente indicado.
- **Trate dependencias coexistentes a la nicotina** de 6 a 12 meses después de alcanzar la meta de bebida.
- **Aborde los trastornos coexistentes**—médicos y psiquiátricos—según sea necesario.

Apéndice

Materiales de Apoyo para la Indagación

Instrumento de Indagación: El AUDIT	10
¿Qué es una Bebida Estándar?	13

Materiales de Apoyo para la Evaluación

Abuso de Alcohol	14
Dependencia al Alcohol	15

Materiales de Apoyo para la Intervención Breve

Método de Intervención Breve	16
Patrones de Consumo de Adultos en Estados Unidos	17
Prescripción de Medicamentos para la Dependencia al Alcohol.	18
Recursos de Referencia	21
Formularios para la Indagación sobre Alcohol: Base de Referencia y Seguimiento	22

Preguntas Más Frecuentes	24
---------------------------------------	----

Materiales de NIAAA	29
----------------------------------	----

Notas	30
--------------------	----

Instrumento de Indagación: El Cuestionario para la Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol (AUDIT por sus siglas en inglés)

Su establecimiento médico podrá preferir que los pacientes llenen un instrumento de indagación por escrito antes de que vean al médico. Con este fin, se proporciona en esta Guía, el AUDIT, tanto en inglés como en español. Sólo toma 5 minutos completarlo, ha sido puesto a prueba a nivel internacional en entornos de atención primaria y tiene altos niveles de validez y confiabilidad.¹¹ Estas páginas se pueden fotocopiar o se pueden imprimir como páginas individuales después de haber bajado a su computadora la versión PDF de la Guía, la cual se encuentra en www.niaaa.nih.gov.

Calificar el Cuestionario AUDIT

El puntaje mínimo (para el no-bebedor) es 0 y el máximo posible es 40.

Los puntajes de 8 o más para hombres (hasta los 60 años) o de 4 o más para las mujeres, adolescentes, y para hombres de más de 60 años son considerados como resultados positivos.^{12,13,14} Para pacientes con puntajes cercanos a los puntos de corte, se recomienda a los médicos que examinen las respuestas individuales a las preguntas para aclararlas durante el examen clínico.

Nota: La sensibilidad y especificidad que tiene el cuestionario AUDIT para detectar el consumo en exceso y los trastornos por el uso del alcohol varía de acuerdo con las diferentes poblaciones. Cuando se disminuyen los puntos de corte, la sensibilidad aumenta (la proporción de los casos “positivos verdaderos”) y al mismo tiempo, aumentan los casos de falsos positivos. Por consiguiente, puede ser más fácil usar un punto de corte de 4 para todos los pacientes, reconociendo que se podrán identificar más casos de falsos positivos entre los hombres adultos.

Continuar con la indagación y la evaluación

Después de haber completado el cuestionario AUDIT, continúe con el Paso 1, en la página 4.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su consumo de alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que le pedimos que sea sincero.

Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4	
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una vez al mes o menos	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces por semana	4 o más veces por semana	
2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas consume en un día típico cuando está bebiendo?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia consume cinco o más bebidas en una ocasión?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia durante el último año se dió cuenta que no podía dejar de beber después de haber empezado?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia durante el último año incumplió con lo que normalmente se esperaba de usted, a causa de la bebida?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia durante el último año necesitó un primer trago en la mañana para sentirse bien después de haber bebido en exceso?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia durante el último año tuvo un sentimiento de culpa o remordimiento después de haber bebido?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia durante el último año no pudo recordar lo que había pasado la noche anterior, a causa de la bebida?	Nunca	Menos de 1 vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario	
9. ¿Usted o alguien más se ha lesionado por haber usted bebido en exceso?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año	
10. ¿Ha estado un pariente, amigo, doctor u otro profesional de la salud preocupado por su consumo de alcohol o le ha sugerido que lo reduzca?	No		Sí, pero no en el último año		Sí, durante el último año	
					Total	

Nota: El cuestionario (el AUDIT) se reimprime con permiso de la Organización Mundial de la Salud. Para reflejar las medidas estándares de consumo en los Estados Unidos, la cantidad de tragos en el cuestionario 3 fue cambiado de 6 a 5. En el sitio www.who.org está disponible en forma gratuita un manual AUDIT con guías para su uso en la atención primaria.

PATIENT: Because alcohol use can affect your health and can interfere with certain medications and treatments, it is important that we ask some questions about your use of alcohol. Your answers will remain confidential so please be honest.

Place an X in one box that best describes your answer to each question.

Questions	0	1	2	3	4	
1. How often do you have a drink containing alcohol?	Never	Monthly or less	2 to 4 times a month	2 to 3 times a week	4 or more times a week	
2. How many drinks containing alcohol do you have on a typical day when you are drinking?	1 or 2	3 or 4	5 or 6	7 to 9	10 or more	
3. How often do you have five or more drinks on one occasion?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
4. How often during the last year have you found that you were not able to stop drinking once you had started?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
5. How often during the last year have you failed to do what was normally expected of you because of drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
6. How often during the last year have you needed a first drink in the morning to get yourself going after a heavy drinking session?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
7. How often during the last year have you had a feeling of guilt or remorse after drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
8. How often during the last year have you been unable to remember what happened the night before because of your drinking?	Never	Less than monthly	Monthly	Weekly	Daily or almost daily	
9. Have you or someone else been injured because of your drinking?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
10. Has a relative, friend, doctor, or other health care worker been concerned about your drinking or suggested you cut down?	No		Yes, but not in the last year		Yes, during the last year	
					Total	

Note: This questionnaire (the AUDIT) is reprinted with permission from the World Health Organization. To reflect standard drink sizes in the United States, the number of drinks in question 3 was changed from 6 to 5. A free AUDIT manual with guidelines for use in primary care is available online at www.who.org.

¿Qué es una Bebida Estándar?

Una bebida estándar es cualquier bebida que contiene aproximadamente 14 gramos de alcohol puro (aproximadamente 0.6 onzas líquidas o 1.2 cucharadas). A continuación están los equivalentes de bebida estándares. Estos son aproximados, ya que el contenido real de alcohol varía según la marca y tipo de bebida.

<p>12 onz. de cerveza</p> 	<p>8-9 onz. de licor de malta</p> <p>8.5 onz. servidas en 12 onz. que de estar el vaso lleno, sostendría aproximadamente 1.5 bebidas estándar de licor de malta.</p> 	<p>5 onz. de vino de mesa</p> 	<p>3-4 onz. de vino fortificado</p> <p>(como jerez o porto) Se muestra 3.5 onz.</p> 	<p>2-3 onz. de cordial, licor o aperitivo</p> <p>Se muestra 2.5 onz.</p> 	<p>1.5 onz. de brandy</p> <p>(una medida de 1.5 onz.)</p> 	<p>1.5 onz. de alcohol</p> <p>(una medida de ginebra, vodka, whisky al 80-Proof = 40% alcohol etc.) Mostrado directamente y en un vaso de whisky con hielo para mostrar el nivel antes de añadir el mezclador *</p> 
<p>12 onz. 355 ml.</p>	<p>8.5 onz. 250 ml.</p>	<p>5 onz. 148 ml.</p>	<p>3.5 onz. 103 ml.</p>	<p>2.5 onz. 74 ml.</p>	<p>1.5 onz. 44 ml.</p>	<p>1.5 onz. 44 ml.</p>

Medidas equivalentes en ml. – aproximadas

Muchas personas no saben lo que constituye una bebida estándar, y por lo tanto, no se dan cuenta de cuántas bebidas estándares están incluidas en los envases en que usualmente se vende el alcohol. Algunos ejemplos son:

- Para la **cerveza**, el número aproximado de medidas estándar corresponde a:
 - 12 onz. = 1
 - 16 onz. = 1.3
 - 22 onz. = 2
 - 40 onz. = 3.3
- Para el **licor de malta**, el número aproximado de medidas estándar corresponde a:
 - 12 onz. = 1.5
 - 16 onz. = 2
 - 22 onz. = 2.5
 - 40 onz. = 4.5
- Para el **vino de mesa**, el número aproximado de medidas estándar corresponde a:
 - estándar de 750 ml. (25 onz.) botella = 5
- Para **bebidas alcohólicas de 80-Proof = 40% alcohol**, o “licor fuerte,” el número aproximado de medidas estándar corresponde a:
 - bebida mezclada = 1 o más*
 - una pinta (16 onz.) = 11
 - un quinto (25 onz.) = 17
 - 1.75 L (59 onz.) = 39

**Nota:* Puede ser difícil calcular la cantidad de bebidas estándares servidas en una sola bebida mezclada que ha sido preparada con licor fuerte. Dependiendo de factores tales como el tipo de alcohol y la receta, una bebida mezclada puede contener de una a tres o más bebidas estándares.

Abuso del Alcohol: Muestra de Preguntas para la Evaluación Basada en Criterios de Diagnóstico*

Un diagnóstico de **abuso** de alcohol requiere que el paciente satisfaga **uno** o más de los siguientes criterios, que ocurra en cualquier momento durante un período de 12 meses, y **no** satisfaga los criterios relacionados con la dependencia al alcohol.

Todas las preguntas vienen precedidas por “En los últimos 12 meses...”

- **No cumple con obligaciones importantes en los distintos roles de trabajo, escuela, o el hogar debido al consumo recurrente de alcohol:**
 - ¿Ha tenido usted algún periodo donde su hábito de beber –o de estar enfermo a causa de la bebida –haya interferido frecuentemente con la atención de su hogar o de su familia? ¿Haya causado problemas laborales? ¿Haya causado problemas escolares?
- **El consumo recurrente en situaciones peligrosas:**
 - ¿Ha conducido usted un automóvil u otro vehículo, más de una vez, mientras estaba bebiendo? ¿O después de haber consumido alcohol en exceso?
 - ¿Se ha visto involucrado, mientras bebía o después de haber bebido, en situaciones con altas posibilidades de salir lesionado –como por ejemplo nadar, usar maquinaria, o caminar en un área peligrosa o de mucho tráfico vehicular?
- **Problemas legales recurrentes relacionados con el alcohol:**
 - ¿Ha sido arrestado, detenido en una estación de policía o tenido otros problemas legales relacionados con el consumo de alcohol?
- **Uso continuo a pesar de problemas interpersonales o sociales recurrentes:**
 - ¿Ha continuado bebiendo aun cuando sabía que le estaba ocasionando problemas con su familia o con sus amistades?
 - ¿Se ha visto involucrado en peleas físicas mientras bebía o después de haber bebido?

*Adaptado con la aprobación del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión de Texto, Derechos de Autor 2000 Asociación Americana de Psiquiatría.

Dependencia al Alcohol: Muestra de Preguntas para la Evaluación Basada en Criterios de Diagnóstico*

Un diagnóstico de **dependencia** al alcohol requiere que el paciente satisfaga **tres** o más de los siguientes criterios, que ocurra en cualquier momento durante el mismo período de 12 meses.

Todas las preguntas vienen precedidas por “En los últimos 12 meses...”

■ Tolerancia:

- ¿Ha notado usted que tiene que beber mucho más de lo que bebía antes para poder obtener el efecto deseado? ¿O que la cantidad usual de tragos tiene mucho menos efecto de lo que una vez tuvo?

■ Síndrome de Abstinencia o tener que beber para aliviar el síndrome:

- Cuando los efectos del alcohol están desapareciendo: ¿Ha tenido problemas para dormir? ¿Se ha sentido tembloroso? ¿Nervioso? ¿Con náuseas? ¿Intranquilo? ¿Sudoroso o con el corazón latiendo rápido? ¿Ha sentido cosas que realmente no están allí o no existen? ¿Ha tenido convulsiones?
- ¿Ha tomado alguna bebida o usado alguna droga o medicamento (diferente a los calmantes que se venden sin prescripción médica) para no tener resaca después de beber? ¿O para sobreponerse a estos efectos secundarios?

■ Problemas de control:

- ¿Ha intentado más de una vez detener o reducir el consumo de alcohol? ¿O intentado más de una vez detener o reducir el consumo de alcohol pero se ha dado cuenta que no pudo lograrlo?

■ Beber más o por más tiempo del planeado:

- ¿Ha habido ocasiones en que ha terminado bebiendo más de lo que había pensado beber? ¿O en que ha bebido por más tiempo del planeado?

■ Descuido de actividades:

- Para poder beber, ¿ha dejado de participar o reducido su participación en actividades que eran importantes o interesantes o que le daban placer?

■ Tiempo empleado en relación con la bebida y la recuperación:

- ¿Ha tenido períodos donde ha pasado mucho tiempo bebiendo?
- ¿O enfermo o recuperándose de la resaca después de beber?

■ Uso continuo a pesar de problemas psicológicos y físicos recurrentes:

- ¿Ha continuado usted bebiendo aun cuando sabía que lo hacía sentirse deprimido o ansioso? ¿O causando o empeorando un problema de salud? ¿O después de sufrir un desmayo?

*Adaptado con la aprobación del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Revisión de Texto, Derechos de Autor 2000 Asociación Americana de Psiquiatría.

Esta sección contiene ayuda y materiales de apoyo para ayudar a los profesionales a realizar intervenciones breves. Se incluyen los siguientes:

- Método de Intervención Breve
- Patrones de Consumo de Adultos en los Estados Unidos
- Prescripción de Medicamentos para la Dependencia al Alcohol
- Recursos de Referencia
- Notas de Progreso de Pacientes (para fotocopiar)

Método de Intervención Breve

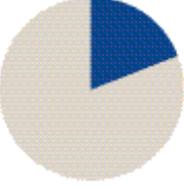
Mantenga en mente que cambiar las conductas relacionadas con la salud es con frecuencia una tarea muy difícil, el progreso se interrumpe con la reincidencia de conductas menos saludables. El proveer refuerzo, apoyo y una atenta reflexión durante una visita médica puede muchas veces hacer la diferencia entre un tratamiento exitoso a largo plazo o el fracaso.

Método general de intervención breve—cosas que se deben recordar:

- Use un enfoque basado en educación de la salud
 - Sea realista y evite la confrontación
 - Proporcione materiales educativos a su paciente (refiérase a la página 29)
- Ofrezca opciones acerca de cómo realizar cambios
- Haga énfasis en la responsabilidad que tiene su paciente para cambiar la conducta relacionada con el consumo de alcohol
- Transmita confianza en la capacidad que tiene su paciente para cambiar la conducta relacionada con el consumo de alcohol

PATRONES DE CONSUMO DE ADULTOS EN ESTADOS UNIDOS

Casi 3 de cada 10 adultos en los Estados Unidos tienen patrones de bebida de riesgo³ y por tanto, se beneficiarían con el consejo de reducir el consumo de alcohol o ser referidos a una evaluación adicional. Durante una intervención breve, usted puede usar esta tabla para demostrar que (1) la mayoría de las personas se abstienen de beber o beben dentro de los límites recomendados y (2) la prevalencia de los trastornos por el uso del alcohol aumenta cuando se bebe en exceso. Aunque la reducción del consumo de alcohol dentro de los límites es un buen paso, no está libre de riesgo, ya que en menores niveles de alcohol pueden ocurrir accidentes automovilísticos y otros problemas.

¿CUÁL ES SU PATRÓN DE CONSUMO?	¿CUÁN FRECUENTE ES ESTE PATRÓN?	¿CUÁN FRECUENTE SON LOS TRASTORNOS DE ALCOHOL EN LOS BEBEDORES QUE TIENEN ESTE PATRÓN?
<p>Sobre la base de los siguientes límites—cantidad de tragos:</p> <p>En un DÍA cualquiera—nunca más de 4 (hombres) o 3 (mujeres) – Y – En una SEMANA típica—no más de 14 (hombres) o 7 (mujeres)</p>	<p>Porcentaje de adultos de 18 años o más en Estados Unidos*</p>	<p>Prevalencia combinada de abuso y dependencia de alcohol**</p>
<p>Nunca exceden los límites diarios o semanales (2 de cada 3 personas en este grupo se abstuvieron o bebieron menos de 12 tragos en un año)</p>	 <p>72%</p>	<p>menos de 1 en 100</p>
<p>Exceden <i>solamente</i> el límite diario (Más de 8 de cada 10 en este grupo excede el límite diario menos de una vez a la semana)</p>	 <p>16%</p>	<p>1 en 5</p>
<p>Exceden <i>tanto</i> los límites <i>diarios</i> como los límites <i>semanales</i> (8 de cada 10 en este grupo excede el límite diario una vez a la semana o más)</p>	 <p>10%</p>	<p>casi 1 en 2</p>

* Por asuntos de simplicidad, no se incluye en la gráfica el 2% de los adultos en Estados Unidos que exceden solamente los límites semanales. La prevalencia combinada de uso y trastornos de alcohol en este grupo es de 8%.

** Vea las páginas 14 y 15 para conocer los criterios de diagnóstico sobre trastornos causados por el alcohol.

Prescripción de Medicamentos para la Dependencia al Alcohol

Tres medicamentos aprobados—disulfiram, naltrexone, y acamprosate—están actualmente disponibles para tratar la dependencia al alcohol. Estos medicamentos han demostrado ser eficaces ayudando a los pacientes a reducir el consumo, reduciendo la reincidencia del consumo en exceso, ayudando a alcanzar y mantener la abstinencia, o a una combinación de estos efectos.

¿Cuándo debo considerar prescribir medicinas para tratar algún trastorno relacionado con el alcohol?

Todos los medicamentos aprobados han demostrado ser adiciones eficaces en el tratamiento de la dependencia al alcohol. Por tanto, considere agregar medicamentos siempre que esté tratando a alguien con una dependencia activa al alcohol o alguien que ha dejado de beber en los últimos meses pero que está experimentando problemas, tales como grandes deseos o deslices.

¿Podrán mis pacientes con dependencia al alcohol beber socialmente si toman medicamentos?

Si alguien ha desarrollado dependencia, la solución más segura es la abstinencia y esa sería la recomendación clínica usual. Aun así, es mejor determinar objetivos individuales con cada paciente. Puede ser que algunos pacientes no estén dispuestos a apoyar la abstinencia como meta, especialmente al principio. Si un paciente dependiente al alcohol está de acuerdo en reducir considerablemente la bebida, es mejor comprometerlo con esa meta pero que siga entendiendo que la abstinencia es la salida más acertada.

Con respecto a las medicinas, el disulfiram, por supuesto, estaría contraindicado en pacientes que desean continuar bebiendo, porque podría ocurrir una reacción entre el disulfiram y el alcohol con una cantidad mínima de alcohol. En un estudio reciente, el naltrexone tuvo un efecto modesto en reducir el riesgo de consumo en exceso en bebedores con una dependencia al alcohol de leve a moderada y quienes tuvieron la opción de reducir el consumo o de abstenerse.¹⁵ En estos momentos, poco se sabe acerca del uso de acamprosate para este propósito.

¿Cuál de los medicamentos debo prescribir?

Esta decisión estará determinada por un criterio clínico y la preferencia del paciente. Cada uno funciona a través de un mecanismo de acción diferente. Algunos pacientes pueden responder mejor a un tipo de medicina que a otra.

- **Disulfiram** (Antabuse®) produce una reacción indeseable de rubor cada vez que el paciente consume alcohol. Por consiguiente, produce falta de deseo por beber y proporciona algunos controles externos sobre la conducta de consumo. El Disulfiram ha demostrado ser más efectivo cuando se ha monitoreado su administración, como por ejemplo en una clínica o por la pareja del paciente.¹⁶ Si la pareja u otro miembro de la familia es el encargado, indique al paciente y a la persona

encargada que el paciente debe estar tomando el medicamento y pídale a la persona encargada que simplemente observe. Pídale también que se comunique con usted si el paciente no se adhiere a este plan durante 2 días. Algunos pacientes van a responder al disulfiram si se lo administran ellos mismos, especialmente si se encuentran altamente motivados con la abstinencia.

- **Naltrexone** (ReVia®) bloquea los receptores de opio que participan en los efectos gratificantes de beber alcohol y en el deseo de beber alcohol después de establecerse la abstinencia. La eficacia del Naltrexone en reducir la reincidencia del consumo en exceso ha sido demostrada en múltiples estudios, un hallazgo confirmado ahora mediante meta-análisis.^{17,18} Aunque los predictores de la respuesta al tratamiento no han sido claramente demostrados, las investigaciones sugieren que los pacientes con historial familiar de dependencia al alcohol pueden tener un alto grado de respuesta.¹⁹ Diversos estudios también han demostrado una interacción positiva entre el naltrexone y la terapia cognitiva-conductual para la dependencia al alcohol.²⁰
- **Acamprosate** (Campral®) ha sido utilizada por más de una década en Europa para tratar la dependencia al alcohol y fue aprobada en Estados Unidos en el año 2004 para este propósito. Aunque su modo de acción no ha sido claramente establecido, puede ser que funcione reduciendo los síntomas de abstinencia prolongada, tales como insomnio, ansiedad y agitación. La eficacia de Acamprosate en aumentar la proporción de bebedores dependientes quienes mantienen la abstinencia durante varias semanas a meses, ha sido demostrada en múltiples estudios, un hallazgo confirmado mediante meta-análisis en 17 ensayos clínicos.²¹ En estudios más positivos, los pacientes se abstuvieron por completo del alcohol por lo menos durante varios días a semanas antes de iniciar su uso.²²

Refiérase a la tabla en la página siguiente para ver el resumen de las propiedades de cada medicamento e información sobre la prescripción.

Medicamentos para Tratar la Dependencia al Alcohol

La siguiente tabla destaca algunas de las propiedades de cada medicamento. No proporciona información completa y no intenta ser un sustituto de los insertos del paquete ni otra fuente de referencia del medicamento usada por los médicos. Para información del paciente acerca de estos y otros medicamentos, la Biblioteca Nacional de Medicina proporciona Medline Plus (<http://medlineplus.gov>).

Si un medicamento se debe o no prescribir y la cantidad del medicamento que se prescribe son consideraciones entre las personas y sus proveedores de atención médica. La información sobre prescripción proporcionada aquí no es un sustituto de los criterios del proveedor en una circunstancia individual, y el NIH no acepta responsabilidad alguna por el uso de la información con respecto a pacientes en particular.

	Disulfiram (Antabuse®)	Naltrexone (ReVia®)	Acamprosate (Campral®)
Acción	Inhibe el metabolismo intermedio del alcohol, causando o acumulando acetaldehído y una reacción de rubor, sudoración, hinchazón, náusea y taquicardia, si el paciente ingiere alcohol.	Bloquea los receptores de opioides, causando menor deseo y menor gratificación en respuesta a la bebida.	Afecta los sistemas neurotransmisores de GABA y glutámico, pero no se sabe con certeza su acción en relación con el alcohol.
Contraindicaciones	Uso concomitante de alcohol o preparaciones que contienen alcohol o metronidazole; enfermedad arterial coronaria; enfermedad grave del miocardio.	Durante el uso de opioides o en abstinencia aguda de opioides; necesidad anticipada de analgésicos opioides; hepatitis aguda o falla hepática.	Problemas renales severos (CrCl ≤ 30 ml/min).
Precauciones	Alta impulsividad — propensión a beber cuando la está usando; psicosis (actual o historia); diabetes mellitus; epilepsia; disfunción hepática; hipotiroidismo; problema renal; dermatitis por contacto con el caucho.	Otras enfermedades hepáticas; problemas renales; historia de intentos suicidas. Si se requiere analgésicos opioides, se podrán necesitar dosis mayores y la depresión respiratoria podrá ser más profunda y prolongada.	Problemas renales moderados (ajuste de dosis) para CrCl entre 30-50 ml/min; depresión o propensión al suicidio.
Reacciones adversas severas	Hepatitis; neuritis óptica; neuropatía periférica; reacciones psicóticas. Categoría de Embarazo C.	Precipitará el síndrome de abstinencia severa si el paciente tiene dependencia a los opioides; hepatotoxicidad (infrecuente en dosis usuales). Categoría de Embarazo C.	Ansiedad; depresión. Casos inusuales incluyen los siguientes: intento de suicidio, falla renal aguda, falla cardíaca, oclusión arterial mesentérica, tromboflebitis profunda y comoción. Categoría de Embarazo C.
Efectos secundarios frecuentes	Sensación de sabor metálico en la boca; dermatitis.	Náusea; dolor abdominal; constipación; vértigos; dolores de cabeza; ansiedad; fatiga.	Diarrea; flatulencia; náusea; dolor abdominal; dolor de cabeza; dolor de espalda; infección; síndrome gripal; escalofríos; somnolencia; disminución de la libido; amnesia; confusión.
Ejemplos de interacciones con el medicamento	Amitrilina; anticoagulantes tales como warfarina; diazepam; isoniazida; metonidazole; dilantina; teofilina; cualquier medicamento no prescrito que contiene alcohol.	Analgésicos opioides (bloquea la acción); yohimbina (uso con naltrexone aumenta los efectos negativos del medicamento).	No se conoce ninguna interacción clínicamente importante.
Dosis usual para adultos	<i>Dosis oral:</i> 250 mg diarios (rango de 125 mg a 500 mg) <i>Antes de prescribir:</i> (1) advierta que el paciente debe esperar por lo menos 12 horas antes de tomar disulfiram y que una reacción alcohólica por disulfiram puede ocurrir hasta 2 semanas después de la última dosis; y (2) advierta sobre el consumo de alcohol en la dieta (por ej., salsas y vinagres) y en medicamentos y artículos de tocador. <i>Seguimiento:</i> Monitoree periódicamente mediante pruebas de la función hepática.	<i>Dosis oral:</i> 50 mg diarios <i>Antes de prescribir:</i> Evalúe para conocer la existencia del posible uso actual de opioides; considere o analice la toxicología de la orina para conocer la presencia de opioides, incluyendo opioides sintéticos. Obtenga pruebas de la función hepática. <i>Seguimiento:</i> Monitoree periódicamente mediante pruebas de la función hepática.	<i>Dosis oral:</i> 666 mg (dos tabletas de 333 mg) tres veces al día o, para pacientes con problemas renales moderados (CrCl 30-50 ml/min), reducir a 333 mg (una tableta) tres veces al día. <i>Antes de prescribir:</i> Establezca la abstinencia.

La información en esta tabla fue elaborada principalmente a partir de las referencias 18 y 23 (vea la página 30).

Recursos de Referencia

Cuando haga referencias, involucre a su paciente en las decisiones y programe una cita de referencia mientras su paciente está en su consultorio.

Buscar opciones de evaluación y tratamiento

- Para pacientes que tienen seguro, contacte a un administrador de casos de salud conductual en la compañía de seguros para obtener una referencia.
- Para pacientes que no tienen suficiente cobertura de seguro o no están asegurados, contacte a su departamento de salud local para conocer los servicios relacionados con la adicción.
- Para pacientes que están empleados, pregúnteles si tienen acceso a un Programa de Asistencia al Empleado con consejería sobre adicción.
- Para obtener las opciones de tratamiento en su área:
 - Llame a los hospitales locales para saber cuáles ofrecen servicios relacionados con la adicción.
 - Llame al Servicio Nacional de Rutas de Referencia para el Tratamiento de Drogas y Alcohol (1-800-662-HELP) o visite el sitio de Internet sobre Localizador de Tratamiento de Establecimientos para el Abuso de Sustancias en <http://findtreatment.samhsa.gov>.

Buscar grupos de apoyo

- Alcohólicos Anónimos (AA) ofrece en forma gratuita grupos de voluntarios y están ampliamente disponibles para la recuperación de la dependencia al alcohol. Los voluntarios generalmente están dispuestos a trabajar con profesionales que refieren a los pacientes. Para información de contacto en su región, visite www.aa.org.
- Otras organizaciones de auto ayuda que ofrecen enfoques específicos, grupos solo para mujeres o apoyo para miembros de la familia, se pueden encontrar en el sitio de Internet de la Cámara de Compensación Nacional para Información sobre Alcohol y Drogas (www.health.org) bajo “Recursos”.

Recursos Locales

Use el siguiente espacio para la información de contacto sobre los recursos en su área (centros de tratamiento, grupos de apoyo como AA, servicios gubernamentales locales, el centro de Asuntos de Veteranos más cercano, refugios, iglesias).

Formulario de indagación sobre el alcohol -base de referencia

Puntaje AUDIT (si fue realizado)

Pregunta de indagación:

positivo = 8 o más para hombres; 4 o más para mujeres

Días en que **bebió en exceso** en el último año

(5 o más bebidas para hombres/ 4 o más para mujeres)

días (positivo = 1 o más)

Continúe si la indagación es positiva:

Promedio semanal de consumo

bebidas por semana

Criterios sobre síntomas según DSM-IV (revisado):

Abuso—¿Problemas repetidos o continuos en cualquiera de estas áreas debido a la bebida?

no sí **incumplimiento de su rol**

no sí **altercados con la ley**

no sí **riesgo de lesión corporal**

no sí **problemas de relaciones**

¿Es una respuesta o más afirmativa?

no sí → **Abuso de alcohol**

Dependencia—¿Cualquiera de los siguientes síntomas en el último año?

no sí **tolerancia**

no sí **pasó mucho tiempo en actividades relacionadas con la bebida**

no sí **abstinencia**

no sí **no pudo adherirse a los límites de consumo**

no sí **pasó menos tiempo en otros asuntos**

no sí **no pudo reducir o dejar de beber a pesar de intentos**

no sí **siguió bebiendo a pesar de problemas psicológicos o físicos**

¿Son tres o más afirmativas?

no sí → **Dependencia al alcohol**

Historia Adicional: _____

Exámenes físicos y de laboratorio: _____

Evaluación:

Análisis negativo al alcohol

Abuso de alcohol

Abstinencia de alcohol

Consumo de riesgo

Dependencia al alcohol

Plan:

Repetir el análisis según sea necesario Educación al paciente sobre límites de consumo

Recomendó el consumo dentro de los límites → ¿Aceptó el paciente? sí no

Recomendó la abstinencia → ¿Aceptó el paciente? sí no

Naltrexone 50 mg diarios

Acamprosate 666 mg 3 veces al día

Disulfiram 250 mg diarios

Tiamina 100 mg IM/PO

Acamprosate 333 mg 3 veces al día (para problemas renales moderados)

Otros medicamentos/dosis recomendada: _____ Referencia (especifique): _____

Seguimiento:

Plan adicional (tratamiento de abstinencia, condiciones coexistentes): _____

Notas de progreso para el seguimiento del consumo de alcohol

Días en que **bebió en exceso** en el último mes
(5 o más bebidas para hombres y 4 o más para mujeres)

días (positivo = 1 o más)

Promedio semanal de bebida en el último mes

bebidas por semana

Diagnóstico de funcionamiento: Consumo de riesgo Abuso de alcohol Dependencia al alcohol

Meta: Consumo dentro de los límites Abstinencia

Medicamentos actuales: Naltrexone Acamprostate Disulfiram

Otros (especifique): _____

Historia y progreso del intervalo de tiempo:

Examen Físico y de Laboratorio:

Evaluación: Consumo de riesgo Metas totalmente alcanzadas
 Abuso de alcohol Metas parcialmente alcanzadas
 Dependencia al alcohol Metas no alcanzadas

Plan:

- Repetir la indagación según sea necesaria Educación al paciente sobre límites de consumo
- Recomendó el consumo dentro de los límites \longrightarrow ¿Aceptó el paciente? sí no
- Recomendó la abstinencia \longrightarrow ¿Aceptó el paciente? sí no
- Naltrexone 50 mg diarios Acamprostate 666 mg 3 veces al día Disulfiram 250 mg diarios
- Tiamina 100 mg IM/PO Acamprostate 333 mg 3 veces al día (para problemas renales moderados)
- Otros medicamentos/dosis recomendada: _____
- Referencia (especifique): _____

Seguimiento:

Plan adicional (tratamiento de síndrome de abstinencia, condiciones coexistentes): _____

PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

Acerca de la indagación sobre el alcohol e intervenciones breves.

■ ¿Cuán efectiva es la indagación sobre consumo en exceso?

Los estudios han demostrado que la indagación es sensitiva y que los pacientes están dispuestos a suministrar a los profesionales de la salud información honesta sobre su hábito de beber cuando se usan métodos apropiados.¹³ Se ha demostrado que funcionan diferentes métodos, incluyendo entrevista con preguntas sobre cantidad-frecuencia y cuestionarios, tales como el CAGE, el AUDIT, el AUDIT-C más corto, el TWEAK (para mujeres embarazadas) y otros.^{24,25}

En esta Guía, la indagación con una sola pregunta acerca de días en que se bebe en exceso se escogió por su simplicidad y porque la mayoría de las personas con trastornos por el uso de alcohol reportan haber ingerido 5 o más bebidas en un día (para hombres) o 4 o más (para mujeres) por lo menos ocasionalmente. Esta Guía también recomienda el AUDIT (proporcionado en la página 11) como una herramienta de evaluación auto-administrada debido a su alto grado de validez y confiabilidad.¹³

■ ¿Cuán efectivas son las intervenciones breves?

Las pruebas clínicas aleatorias y controladas realizadas en diferentes poblaciones y entornos han demostrado que las intervenciones breves pueden disminuir significativamente el consumo de alcohol en las personas que beben por encima de los límites recomendados, pero que no tienen dependencia. Los estudios han encontrado reducciones de hasta un 30% en las bebidas y consumo durante parrandas en un período de 12 meses, así como reducciones significativas en las mediciones de la presión arterial, los niveles de gamma-glutamil transaminasa (GGT), problemas psicosociales, días de hospitalización y readmisiones hospitalarias debido a traumas relacionados con el alcohol.⁶ Los períodos de seguimiento generalmente van de 6 a 24 meses, aunque un reciente estudio reportó reducciones sostenidas en el consumo de alcohol durante 48 meses.⁶ Un análisis de costo-beneficio en este estudio demostró que cada dólar invertido en intervenciones médicas breves podía cuadruplicar los ahorros en costos de atención médica en el futuro. Otra investigación muestra que los pacientes con dependencia al alcohol que tienen una enfermedad médica relacionada con el alcohol, pueden tener reducciones significativas o incluso dejar de beber, si reciben intervenciones breves en intervalos aproximados de un mes durante 1 a 2 años.^{7,8}

■ ¿Qué puedo hacer para motivar a mis pacientes a responder con honestidad y exactitud a las preguntas de la indagación?

Con frecuencia es mejor preguntar sobre el consumo de alcohol al mismo tiempo que se pregunta sobre otras conductas de salud, tales como fumar, dieta y ejercicio. Si usa un enfoque enfático, sin confrontación, puede ayudar a los pacientes a sentirse cómodos. Algunos médicos han encontrado que cuando hacen una introducción a las preguntas del alcohol mediante una pregunta abierta no amenazante, tal como "¿Disfrutó usted bebiendo un trago ocasionalmente?" puede propiciar que los pacientes reservados hablen del tema. Los pacientes podrán sentir también que una versión escrita o computarizada de auto-informe del cuestionario AUDIT es menos antagonista. Para tener un cálculo más exacto sobre las cantidades de consumo, puede pedirle a los pacientes que observen la gráfica "¿Qué es una Bebida Estándar?" en la página 13. Muchas personas no saben cuánto es una sola bebida estándar, especialmente cuando se trata de bebidas con un alto contenido de alcohol tales como licores de malta, vinos fortificados y aguardiente.

■ ¿Cómo se puede implementar un sistema de indagación en una clínica u oficina?

El mejor método estudiado, que es al mismo tiempo fácil y eficiente, es pedirles a los pacientes que llenen el AUDIT de 10 preguntas antes de ver al doctor. Este formulario (proporcionado en la página 11) se puede agregar a otros formularios que llenan los pacientes. El AUDIT completo o el AUDIT-C de 3 puntos también se pueden incorporar en un formulario más largo sobre historial médico. El AUDIT-C consiste en los tres primeros ítems del AUDIT relacionados con el consumo; un puntaje de 6 o más para hombres y de 4 o más para mujeres²⁶ indica un resultado positivo. Alternativamente, la indagación mediante una sola pregunta en el Paso 1 de esta Guía también se puede incorporar en un formulario de historial médico. La evaluación también se puede realizar en persona a través de un enfermero durante la admisión del paciente. (Vea también "Establezca su Práctica para Simplificar el Proceso" en la página 3).

■ ¿Hay alguna consideración específica para implementar la indagación en los entornos de salud mental?

Los estudios han demostrado una estrecha relación entre trastornos por el uso de alcohol y otros trastornos mentales.²⁷ El consumo en exceso puede producir síntomas psiquiátricos, tales como depresión, ansiedad, insomnio, disfunción cognitiva y conflictos interpersonales. Para pacientes que tienen un trastorno

psiquiátrico independiente, el consumo en exceso podrá comprometer la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, es importante que todos los especialistas en salud mental realicen indagaciones de rutina relacionadas con el consumo en exceso.

Se conoce menos acerca del resultado de los métodos de indagación o las intervenciones breves en entornos de salud mental que en los entornos de atención primaria. Aún así, es muy probable que la indagación con una sola pregunta en esta Guía funcione razonablemente bien, ya que la mayoría de las personas con trastornos por el uso de alcohol reportan haber bebido por encima de los límites diarios recomendados, por lo menos ocasionalmente.

Los especialistas en salud mental necesitarán realizar una evaluación más detallada para determinar si está presente un trastorno por el uso de alcohol y cómo éste pudiera estar interactuando con otros trastornos mentales o por uso de sustancias. Los límites recomendados para el consumo de alcohol deberán disminuirse dependiendo de los problemas coexistentes y los medicamentos prescritos.

Igualmente, se necesitará una intervención conductual más prolongada para abordar los trastornos coexistentes por uso de alcohol, ya sea suministrada como parte del tratamiento de salud mental o a través de referencia a un especialista en adicción.

Acerca de los niveles del consumo de alcohol y recomendaciones.

■ ¿Cuándo debo recomendar la abstinencia en el consumo de alcohol versus su reducción?

Ciertas condiciones permiten recomendar la abstinencia en lugar de la reducción. Estas condiciones incluyen cuando las personas:

- están embarazadas o pueden llegar a estarlo
- están tomando un medicamento contraindicado (ver cuadro a continuación)

- tienen un trastorno médico o psiquiátrico causado o exacerbado por la bebida, o
- tienen un trastorno por uso de alcohol

Si los pacientes con trastornos por el uso de alcohol no están dispuestos a comprometerse con la abstinencia, podrán desear reducir el consumo. Esto se debe alentar observando al mismo tiempo que la abstinencia, como la estrategia más segura, tiene mayor probabilidad de éxito a largo plazo.

Para las personas que beben en exceso, que no tienen un trastorno por el uso de alcohol, emplee su criterio profesional para determinar si la reducción o la abstinencia es más apropiado, sobre la base de factores, tales como:

- una historia familiar de problemas de alcohol
- edad avanzada
- lesiones relacionadas con la bebida
- síntomas tales como trastornos del sueño o disfunción sexual

Puede ser beneficioso discutir las diferentes opciones, tales como reducir el consumo hasta los límites recomendados o abstenerse completamente, tal vez por 2 meses, y luego reconsiderar el consumo en el futuro. Si la estrategia inicial es reducir el consumo pero el paciente no puede permanecer dentro de los límites, recomiende la abstinencia.

■ ¿Cómo considero los beneficios potenciales del consumo moderado en mi recomendación a los pacientes que casi nunca beben o no beben del todo?

El consumo moderado de alcohol (definido por los Lineamientos Dietéticos de Estados Unidos en hasta dos bebidas diarias para los hombres y una para las mujeres) ha estado relacionado con un menor riesgo de enfermedad cardíaca coronaria.²⁸ Sin embargo, sigue siendo difícil lograr un equilibrio entre los riesgos y los beneficios del consumo de alcohol, debido a que cada persona tiene una susceptibilidad diferente a las enfermedades potencialmente causadas o prevenidas por el alcohol. Su recomendación a una persona joven con una historia familiar de alcoholismo, por ejemplo, sería diferente a la

R Interacciones entre el Alcohol y los Medicamentos

El alcohol puede interactuar negativamente con los medicamentos ya sea interfiriendo con el metabolismo del medicamento (generalmente en el hígado) o aumentando los efectos del medicamento (especialmente en el sistema nervioso central). Muchas clases de medicinas de prescripción pueden interactuar con el alcohol, incluyendo antibióticos, antidepresivos, antihistamínicos, barbitúricos, benzodiazepinas, agonistas de receptor H2 de histamina, relajantes musculares, medicamentos no opioides para el dolor y agentes anti-inflamatorios, opioides y warfarina. Además, muchos medicamentos que se venden en el mostrador y preparaciones de hierbas pueden causar efectos secundarios negativos cuando se toman junto con el alcohol.

recomendación que le daría a un paciente de mediana edad con una historia familiar de enfermedad cardíaca prematura. La mayoría de los expertos no recomiendan aconsejar a los pacientes no bebedores a empezar a beber para reducir su riesgo cardiovascular. Sin embargo, si un paciente está considerando esto, discuta los límites y las formas del consumo seguro para evitar el daño inducido por el alcohol.

■ **¿Por qué los límites de consumo recomendados son menores para algunos pacientes?**

Los límites son menores para las mujeres debido a que proporcionalmente tienen menos agua corporal que los hombres y por tanto, logran concentraciones más altas de alcohol en la sangre después de consumir la misma cantidad de alcohol. Los adultos mayores también tienen menos masa corporal magra y mayor sensibilidad a los efectos del alcohol. Además, hay muchas situaciones clínicas en las que se indican abstinencia o límites más bajos debido a un mayor riesgo de daño relacionado con el consumo. Algunos ejemplos incluyen a mujeres embarazadas o que podrán estarlo, pacientes que toman medicamentos que pueden interactuar con el alcohol, personas jóvenes con una historia familiar de dependencia al alcohol y pacientes con condiciones físicas o psiquiátricas que son causadas o exacerbadas por el uso de alcohol.

■ **Algunas de mis pacientes que beben en exceso creen que esto es normal. ¿Qué porcentaje de personas toman por encima o por debajo de los niveles moderados?**

Aproximadamente 7 de cada 10 adultos se abstienen de consumir alcohol, beben con poca frecuencia o beben dentro de los límites diarios y semanales indicados en el Paso 1.³ El resto excede los límites diarios, los límites semanales o ambos. La tabla sobre “Patrones de Consumo” en la página 17 muestra el porcentaje de bebedores en cada categoría, así como la prevalencia de trastornos por el uso de alcohol en cada grupo. Debido a que las personas que beben en exceso piensan con frecuencia que la mayoría de las personas beben la misma cantidad y con la misma frecuencia que ellos, puede ser beneficioso suministrarles la información normativa acerca de los patrones de consumo en los Estados Unidos y los riesgos relacionados para que comprueben por ellos mismos. En particular, aquellos que piensan que es bueno beber moderadamente durante la semana y en exceso durante los fines de semana, necesitan saber que tienen mayor probabilidad no solo de lesiones inmediatas relacionadas con el alcohol sino también de desarrollar trastornos por el uso del alcohol y otros trastornos médicos y psiquiátricos relacionados con el alcohol.

■ **Algunas de mis pacientes que están embarazadas no ven nada malo en beber ocasionalmente. ¿Cuál es la recomendación más actualizada?**

Algunas mujeres embarazadas no conocen los riesgos involucrados con el consumo de alcohol, mientras que otras pueden haber bebido antes de saber que estaban embarazadas. Un reciente estudio calcula que 1 de cada 10 mujeres embarazadas en los Estados Unidos consume alcohol.²⁹ Además, entre las mujeres sexualmente activas que no están usando control de natalidad, más de la mitad consumen alcohol y 12.4% reportan beber hasta embriagarse, lo que las coloca en un riesgo particularmente elevado para un embarazo expuesto al alcohol.²⁹

Cada año en los Estados Unidos, un estimado de 2,000 a 8,000 niños nacen con síndrome de alcohol fetal y muchos miles más nacen con algún grado de efectos relacionados con el alcohol.³⁰ Estos problemas varían desde problemas leves de aprendizaje y problemas de conducta hasta deficiencias de crecimiento e impedimentos mentales y físicos severos. Juntos, estos efectos adversos constituyen los Trastornos del Espectro de Alcohol Fetal.

Debido a que no se conoce qué cantidad de alcohol (de haber una cantidad específica) es segura durante el embarazo, el Cirujano General recientemente volvió a emitir una recomendación que insta a las mujeres embarazadas o que piensan estarlo a abstenerse de consumir alcohol.² La recomendación también aconseja que las mujeres embarazadas que ya han consumido alcohol, dejen de consumirlo para minimizar riesgos adicionales, y que los profesionales de la salud indaguen rutinariamente acerca del consumo de alcohol en las mujeres en edad de gestación.

Acerca del diagnóstico y la ayuda a pacientes con trastornos por el uso de alcohol.

■ **¿Qué sucede si un paciente reporta algunos síntomas de un trastorno por el uso de alcohol, pero no es suficiente para calificar en el diagnóstico?**

Los trastornos por el uso de alcohol son similares a otros trastornos médicos tales como la hipertensión, diabetes o depresión en cuanto a que tienen “zonas grises” de diagnóstico. Por ejemplo, un paciente pudiera reportar un solo caso de arresto por conducir estando intoxicado y no reportar ningún otro síntoma. Debido a que el diagnóstico de abuso de alcohol requiere problemas repetitivos, ese diagnóstico no pudiera hacerse. Igualmente, un paciente pudiera reportar uno o dos síntomas de dependencia al alcohol, pero se necesitan tres para poder calificar en el diagnóstico.

Cualquier síntoma de abuso o dependencia es causa de preocupación y se debe abordar, ya que un trastorno por el uso de alcohol pudiera estar presente o desarrollándose. Estos pacientes pueden ser más exitosos con la abstinencia que con la reducción a los límites recomendados. Se recomienda un estrecho seguimiento, así como una reconsideración del diagnóstico a medida que se obtiene mayor información al respecto.

■ **¿Debo recomendar alguna terapia conductual específica a los pacientes con trastornos por el uso de alcohol?**

Se usan varios tipos de terapia conductual para tratar los trastornos por el uso de alcohol. Estos pueden estar basados en técnicas conductuales cognitivas, aumentando la motivación, los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (por ejemplo, el Modelo Minnesota) o una combinación de estos y otros enfoques psicosociales. Todos parecen ser igualmente efectivos, lo que sugiere que es más importante la búsqueda de ayuda en sí que el tipo específico de enfoque que se use.³¹

Además de los enfoques de tratamiento más formales, los grupos de auto ayuda tales como Alcohólicos Anónimos (AA) parecen ser muy beneficiosos para las personas que se adhieren a ellos. AA está ampliamente disponible, es gratuito y no requiere ningún compromiso más que el deseo de dejar de beber. Si usted nunca ha asistido a una sesión, considere hacerlo como un observador y seguidor. Para conocer más al respecto, visite www.aa.org. Otras organizaciones de auto ayuda que ofrecen enfoques seculares, grupos sólo para mujeres o grupos de apoyo para familiares se pueden encontrar en el sitio de Internet sobre Centro de Coordinación de Información sobre Alcohol y Drogas (www.health.org) bajo "Resources".

■ **¿Cómo se debe manejar la abstinencia de alcohol?**

La abstinencia del alcohol ocurre cuando una persona que tiene dependencia al alcohol deja de beber en forma repentina. Los síntomas generalmente empiezan después de unas cuantas horas y consisten en temblores, sudoración, pulso y presión arterial elevada, náusea, insomnio y ansiedad. También pueden ocurrir convulsiones generalizadas. Algunas veces sigue un segundo síndrome, el delirio por abstinencia de alcohol. Empieza después de 1 a 3 días y dura de 2 a 10 días, consiste en una alteración del centro sensorial, desorientación, memoria inmediata deficiente, alteraciones en el ciclo de dormir-despertar y alucinaciones. Usualmente, el manejo consiste en administrar tiamina y benzodiazepina, algunas veces junto con anticonvulsivos, bloqueadores adrenérgicos beta o antipsicóticos, según se indique. Una abstinencia leve se puede manejar exitosamente en el entorno ambulatorio, pero los casos más complicados o graves requieren hospitalización. (Para mayor información, consulte las referencias 32 y 33 en la página 30).

■ **¿Hay pruebas de laboratorio disponibles para analizar o monitorear los problemas de alcohol?**

Para fines de indagación en los entornos de atención primaria, las entrevistas y los cuestionarios tienen mayor sensibilidad y especificidad para marcadores bioquímicos que las pruebas de sangre, las cuales sólo identifican alrededor del 10 al 30 por ciento de los bebedores en exceso.^{34,35} No obstante, los marcadores bioquímicos pueden ser beneficiosos cuando se sospecha de consumo en exceso, pero el paciente lo niega. La prueba más sensitiva y ampliamente disponible para este propósito es la prueba de Gamma-glutamil transferasa en suero (GGT). Sin embargo, GGT no es muy específica, de manera que necesitan eliminarse las razones para la elevación de GGT que no son causadas por el uso excesivo de alcohol. GGT y otras transaminasas también pueden ayudar a monitorear el progreso e identificar la reincidencia si se encuentra elevada en la base de referencia, y los valores seriales pueden proporcionar una valiosa retroalimentación a los pacientes después de una intervención. Otras pruebas de sangre incluyen el volumen corpuscular medio (MCV) de los glóbulos rojos, el cual con frecuencia se encuentra elevado en las personas con dependencia al alcohol y la prueba de transferrina deficiente en carbohidrato (CDT). La prueba CDT es casi tan sensitiva como la GGT y tiene la ventaja de que no se afecta por enfermedades hepáticas.³⁶ Sin embargo, no está ampliamente disponible en los Estados Unidos.

■ **Si refiero a un paciente para tratamiento por alcohol, ¿cuáles son las probabilidades de recuperación?**

Una revisión de siete importantes estudios sobre tratamiento de alcoholismo demostró que en el año siguiente al tratamiento, cerca de un tercio de los pacientes no consumían alcohol o lo consumían moderadamente sin consecuencias negativas o dependencia.³⁷ Aunque las otras dos terceras partes tuvieron algunos períodos de consumo en exceso, en promedio redujeron en un 50% el consumo y los problemas relacionados con el alcohol. Estas reducciones parecen durar por lo menos 3 años.³¹ Con frecuencia se pasa por alto esta importante mejoría en pacientes que no logran una abstinencia completa o que no logran reducir el consumo para estar libres de problemas. Estos pacientes requieren mayor tratamiento y sus probabilidades de beneficiarse con el siguiente período no parecen estar influenciadas significativamente por haber tenido tratamientos previos.³⁷ De la misma forma en que suceden otros trastornos médicos, algunos pacientes tienen formas más graves de dependencia al alcohol que pudieron requerir tratamiento a largo plazo.

■ ¿Qué puedo hacer para ayudar a los pacientes que tienen problemas para mantener la abstinencia o que reinciden?

El cambio en la conducta de consumo de alcohol representa un reto, especialmente para aquellas personas que tienen dependencia al alcohol. Los primeros 12 meses de abstinencia son especialmente difíciles y la reincidencia es más frecuente durante este período. Si los pacientes reinciden, acepte que tienen un trastorno crónico que requiere atención continua, lo mismo que los pacientes que sufren de asma, hipertensión o diabetes. La recurrencia de los síntomas es frecuente y similar en cada uno de estos trastornos,³⁸ tal vez debido a que exigen que el paciente cambie las conductas de salud para mantener las ganancias.

Para los pacientes que tienen problemas para abstenerse o que reinciden:

- Trate los trastornos de depresión o ansiedad si están presentes durante más de 2 a 4 semanas después de establecerse la abstinencia.
- Evalúe y aborde otros posibles factores desencadenantes de los problemas o la reincidencia, incluyendo situaciones de estrés, conflictos interpersonales, insomnio, dolor crónico, deseo de consumo o situaciones de mucha tentación, tales como un matrimonio o convención.
- Si el paciente no está tomando medicamentos para la dependencia al alcohol, considere prescribirlos (vea la página 18).
- Si el paciente no está asistiendo a un grupo de auto ayuda o si no está recibiendo terapia conductual, considere recomendar estas medidas de apoyo.
- Estimule a aquellos pacientes que han reincidido haciéndoles ver que la reincidencia es frecuente e indicándoles el valor de la recuperación que se logró.
- Proporcione tratamiento de seguimiento y recomiende a los pacientes a que se comuniquen con usted si están preocupados por la reincidencia.

Con frecuencia se pasa por alto la importante mejoría que tienen los pacientes que no logran abstenerse por completo o no logran reducir el consumo para estar libres de problemas.

Materiales de NIAAA

Estos materiales se pueden ordenar en el Centro de Distribución de Publicaciones de NIAAA, P.O. Box 10686, Rockville, MD 20849-0686; teléfono: (301) 443-3860. También están disponibles en texto completo en el sitio de Internet de NIAAA (www.niaaa.nih.gov). NIAAA continuamente elabora y actualiza materiales para profesionales de la salud y pacientes; revise el sitio de Internet para conocer estos materiales.

Para pacientes

Alcohol: A Women Health Issue (Artículo sobre la salud de la mujer)—Describe los efectos del alcohol en la salud de las mujeres en diferentes etapas de sus vidas. Versión en inglés: NIH Publicación No. 05-4956; versión en español: NIH Publicación No. 05-4956-S. También se encuentra disponible un video de 12 minutos, con el mismo título, que describe las consecuencias del consumo en exceso en la salud de las mujeres.

Alcohol: What You Don't Know Can Harm You (Lo que no conoce, puede causarle daño)—Proporciona información sobre conducir y consumo de alcohol, interacciones del alcohol con los medicamentos, problemas interpersonales, defectos congénitos relacionados con el alcohol, problemas de salud a largo plazo y estudios actuales. Versión en inglés: NIH Publicación No. 02-4323; versión en español: NIH Publicación No. 02-4323-S.

Alcoholism: Getting the Facts (Conociendo los hechos)—Describe el alcoholismo y el abuso de alcohol y ofrece información útil sobre cuándo y dónde buscar ayuda. Versión en inglés: NIH Publicación No. 05-4153; versión en español: NIH Publicación No. 05-4153-S.

Drinking and Your Pregnancy (Consumo de alcohol y su embarazo)—Transmite brevemente los problemas médicos y conductuales a lo largo de la vida asociados con el síndrome de alcohol fetal y recomienda a las mujeres a no consumir alcohol durante el embarazo. Versión en inglés: NIH Publicación No. 01-4101; versión en español: NIH Publicación No. 01-4102.

Frequently Asked Questions About Alcoholism and Alcohol Abuse (Preguntas Más Frecuentes sobre alcoholismo y abuso de alcohol)—Versión en inglés: NIH Publicación No. 01-4735; versión en español: NIH Publicación No. 02-4735-S.

Para profesionales de la salud

Una Guía de Bolsillo para la Indagación sobre Alcohol e Intervención Breve—una versión condensada y portátil de esta publicación.

Alertas sobre Alcohol—Estos boletines de 4 páginas proporcionan información oportuna sobre investigaciones y tratamientos para el consumo de alcohol.

Salud e Investigación sobre Alcohol—Cada artículo de esta publicación revisada trimestralmente por colegas contiene artículos de revisión sobre un tema central relacionado con la investigación sobre alcohol.

Notas

1. Dawson DA, Grant BF, Li TK. Cuantificando los riesgos asociados con el exceso de los límites de consumo recomendados. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):902-908, 2005.
2. Recomendación del Cirujano General de EE.UU. sobre el uso de alcohol durante el embarazo [comunicado de prensa]. Washington, DC. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. 21 de febrero del 2005. Disponible en: www.hhs.gov/surgeongeneral/pressreleases/sg02222005.html. Accedido el 7 de junio de 2005.
3. Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo. Datos no publicados del Estudio Epidemiológico Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC), un estudio a nivel nacional de 43,093 adultos estadounidenses de 18 años o más. 2004.
4. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. La relación entre el promedio del volumen de consumo de alcohol y los patrones de consumo con la carga de la enfermedad: Una revisión sistemática. *Adicción*. 98(9):1209-1228, 2003.
5. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. La calidad de atención médica brindada a los adultos en los Estados Unidos. *N Engl J Med*. 348(26):2635-2645, 2003.
6. Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Breve recomendación médica para bebedores con problemas: Eficacia a largo plazo y análisis de costo-beneficio. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(1):36-43, 2002.
7. Willenbring ML, Olson DH. Una prueba aleatoria de tratamiento ambulatorio integrado para hombres alcohólicos médicamente enfermos. *Arch Intern Med*. 13;159(16):1946-1952, 1999.
8. Lieber CS, Weiss DG, Groszmann R, Paronetto F, Schenker S, para el Estudio cooperativo de Asuntos de Veteranos 391 Grupo II. Estudio cooperativo de Asuntos de Veteranos de polyenylphosphatidylcholine en enfermedad hepática por alcohol. *Alcohol Clin Exp Res*. 27(11):1765-1772, 2003.
9. Kessler RC. La epidemiología de diagnósticos duales. *Biol Psychiatry*. 56(10):730-737, 2004.
10. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalencia y co-ocurrencia de trastornos por abuso de sustancias y trastornos independientes del estado de ánimo y ansiedad: Resultados del Estudio Epidemiológico Nacional sobre Alcohol y Condiciones Relacionadas. *Arch Gen Psychiatry*. 61:807-816, 2004.
11. Reinert DF, Allen JP. Prueba de Identificación de Trastornos por Alcohol (AUDIT): Revisión de un reciente estudio. *Alcohol Clin Exp Res*. 26(2):272-279, 2002.
12. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Cuestionarios de evaluación sobre el Alcohol en mujeres. Una revisión crítica. *JAMA*. 280(2):166-171, 1998.
13. Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG. Indagando los problemas de alcohol en la atención primaria: Una revisión sistemática. *Arch Intern Med*. 160(13):1977-1989, 2000.
14. Chung T, Colby SM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Spirito A, Monti PM. Indagación a Adolescentes sobre problemas por consumo de alcohol: Resultados de indagación breve en comparación con los diagnósticos de alcohol del DSM IV. *J Stud Alcohol*. 61(4):579-587, 2000.
15. Kranzler HR, Armeli S, Tennen H, et al. Selección de naltrexona para bebedores con problemas tempranos. *J Clin Psychopharmacol*. 23(3):294-304, 2003.
16. Allen JP, Litten RZ. Técnicas para mejorar el cumplimiento con disulfiram. *Alcohol Clin Exp Res*. 16(6):1035-1041, 1992.
17. Bouza C, Angeles M, Munoz A, Amate JM. Eficacia y seguridad de naltrexona y acamprosate en el tratamiento de la dependencia al alcohol: Una revisión sistemática. *Addiction*. 99(7):811-828, 2004.
18. Srisurapanont M, Jarusuraisin N. Naltrexona para el tratamiento del alcoholismo: Un meta-análisis de pruebas aleatorias. *Int J Neuropsychopharmacol*. 8(2):267-280, 2005.
19. Monterosso JR, Flannery BA, Pettinati HM, et al. Predicción de la respuesta al tratamiento con naltrexona: La influencia del deseo de beber y la historia familiar. *Am J Addict*. 10(3):258-268, 2001.
20. Anton RF, Swift RM. Actuales farmacoterapias de alcoholismo: Una perspectiva EE.UU. *Am J Addict*. 12(suppl 1):S53-S68, 2003.
21. Mann K, Leher P, Morgan MY. La eficacia de acamprosate en la conservación de la abstinencia en individuos con dependencia al alcohol. Resultados de un meta-análisis. *Alcohol Clin Exp Res*. 28(1):51-63, 2004.
22. Mason BJ, Ownby RL. Acamprosate para el tratamiento de la dependencia al alcohol: Una revisión de pruebas doble-ciego, controladas por placebo. *CNS Spectrums*. 5:58-69, 2000.
23. MICROMEDEX® Healthcare Series. Greenwood Village, CO: Thomson Micromedex: vol. 124, expira junio de 2005.
24. Indagación e intervención breve para problemas de alcohol. En: *El Décimo Informe Especial al Congreso de los Estados Unidos sobre Alcohol y Salud*. Rockville, MD: Instituto Nacional Sobre el Abuso del Alcohol y el Alcoholismo; 2000: 429-443. NIH Publicación No. 00-1583
25. Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA, para el Proyecto de Mejoramiento de Calidad de la Atención Ambulatoria (ACQUIP). AUDIT preguntas sobre el consumo de alcohol (AUDIT-C): Una prueba breve de indagación efectiva para problemas relacionados con el consumo de alcohol. Prueba para la Identificación de los Trastornos por el Uso de Alcohol. *Arch Intern Med*. 158(16):1789-1795, 1998.
26. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. Efectividad de la Prueba para la Identificación de los Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT-C) en la indagación para trastornos por el uso de alcohol y consumo de riesgo en la población general de los Estados Unidos. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):844-854, 2005.
27. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Psicopatología asociada con el consumo de alcohol y los trastornos por el uso de alcohol en universitarios y adultos en general. *Drug Alcohol Depend*. 77(2):139-150, 2005.
28. Mukamal KJ, Rimm EB. Efectos del alcohol en el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria. *Alcohol Res Health*. 25(4):255-261, 2001.
29. Consumo de alcohol entre mujeres embarazadas o que pudieran llegar a estarlo—US, 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 53(50):1178-1181, 2004.
30. Estimado de 2,000 a 8,000 niños nacidos con el síndrome de alcohol fetal (FAS) se obtiene multiplicando 4 millones de nacimientos anuales en EE.UU. por un estimado de 0.5 a 2 por ciento de prevalencia de FAS en la población general de los Estados Unidos. Fuentes: (1) Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Nacimientos, matrimonios, divorcios y muertes: Datos provisionales para los Informes Nacionales 2001 sobre Estadísticas Vitales; 2002: 50(14); y May PA, Gossage JP. Cálculo de la prevalencia del síndrome de alcohol fetal: Un resumen. *Alcohol Res Health*. 25(3):159-167, 2001.
31. Grupo de Investigación del Proyecto MATCH. Buscando la concordancia entre los tratamientos de alcoholismo y la heterogeneidad del cliente: Resultados del consumo de tres años del Proyecto MATCH. *Alcohol Clin Exp Res*. 22(6):1300-1311, 1998.
32. Mayo-Smith MF. Manejo farmacológico de la abstinencia del alcohol. Un meta-análisis y guía práctica basada en evidencia. Sociedad Americana del Grupo de Trabajo de Medicina de Adicción sobre Manejo Farmacológico para la Abstinencia del Alcohol. *JAMA*. 278(2):144-151, 1997.
33. Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, et al. Manejo del delirio por abstinencia del alcohol: Una guía práctica basada en evidencia. *Arch Intern Med*. 164(13):1405-1412, 2004.
34. Hoeksema HL, de Bock GH. El valor de las pruebas de laboratorio para la evaluación y aceptación del abuso de alcohol en pacientes de atención primaria. *J Fam Pract*. 37:268-276, 1993.

35. Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos en EE.UU. *Guía a los Servicios Preventivos Clínicos*. 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins; 1996.
36. Salaspuro M. Transferin deficiente en carbohidratos comparado con otros marcadores de alcoholismo: Una revisión sistemática. *Alcohol*. 19(3):261-271, 1999.
37. Miller WR, Walters ST, Bennett ME. ¿Cuán efectivo es el tratamiento de alcohol en los Estados Unidos? *J Stud Alcohol*. 62:211-220, 2001.
38. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Dependencia a las drogas, una enfermedad médica crónica: implicaciones para el tratamiento, el seguro y la evaluación de los resultados. *JAMA*. 284(13):1689-1695, 2000.